

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

523704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/04/2014		4-Data de Autorização 12/01/2014		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8484315		7-Data Validade da Senha 13/07/2014	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002025253071000477021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome KARINE PEREIRA DEMBOSKI											
14-Telefone () / /											
15-Nome do titular do plano TIAGO FORTUNATO SILVESTRE											
16-Atendimento a RN ODONTOIMAGEM											
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041882148947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	
23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		26-UF SC		27-Número no CRO 8307		28-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	
29-Código CBO S											
30-Tabela											
31-Código do Procedimento											
32-Descrição											
33-Dente/Região											
34-Face											
35-Qtd											
36-Quantidade US											
37-Valor											
38-Franquia/Co-participação R\$											
39-Aut											
40-Data de Realização											
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
43-Data Previsto Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Exame Radiológico											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
48-Total Franquia / Co-participação R\$											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/01/2014

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/2014

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/2014

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/2014

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

74-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

75-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

76-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

77-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

78-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

79-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

80-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

81-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

82-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

83-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

84-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

85-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

86-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

87-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

88-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

89-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

90-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

91-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

92-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

93-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

94-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

95-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

96-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

97-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

98-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

99-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014

100-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2014